

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 416

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ESSAI

SUR

LES KYSTES

DE LA CONJONCTIVE

PAR

PIERRE CHAPUIS

Externe des Hôpitaux

Croix de Guerre

Président : M. DE LAPERSONNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR,

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

111

413

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

31A

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ESSAI

SUR

LES KYSTES

DE LA CONJONCTIVE

PAR

PIERRE CHAPUIS

Externe des Hôpitaux

Croix de Guerre

Président : M. DE LAPERSONNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922



Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE.
LETULLE
PRENANT
RICHAUD
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

N.
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BRINDEAU
JEANNIN
COUVELAIRE
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....
Clinique propédeutique.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIÈRE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTERER
RIBIERRE
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
RICHAUD
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR MAINGOT
CHEF DU LABORATOIRE RADIOLOGIQUE
DE L'HOPITAL LAËNNEC

*Mon premier Maître, en faible témoignage
de ma profonde reconnaissance*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE,

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage de reconnaissance pour les précieux conseils
qu'il nous a prodigués pendant notre séjour
dans son service*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR TAPRET (*in memoriam*) ;

M. LE DOCTEUR FREDET ;

M. LE DOCTEUR LAUNAY.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TERRIEN.

A MM. LES DOCTEURS :

PRÉLAT, MONTBRUN, COUSIN, GAUTRAND,

Chefs de Clinique de l'Hôtel Dieu.

A MM. LES DOCTEURS RAYMOND LETULLE

ET BEZANÇON

En remerciements pour leurs précieux conseils

Introduction

Il nous a été permis de constater ces mois derniers un cas de kyste de la conjonctive dans le service de M. le Professeur de Lapersonne à la clinique ophtalmologique, qui, opéré et guéri normalement sans récédive, nous a permis d'étudier très attentivement cette observation et de faire un examen histologique et chimique minutieux de la pièce, examens contrôlés du reste par M. le Professeur Letulle ; et, étant donné la rareté relative de ces kystes de la conjonctive, de même que l'absence d'étude complète faite à leur sujet, il nous a paru utile de faire ici une revue de tous les travaux déjà publiés, en même temps qu'une étude clinique et anatomique des différentes sortes de kystes, et de signaler notre observation et ses examens de laboratoire qui nous permettront d'arriver à conclure à une pathogénie plus exacte, nous semble-t-il, et, qui si elle se trouve confirmée par des examens, qui pourront se faire par la suite, comme nous avons la conviction, pourra permettre d'affirmer notre pathogénie et la classification que nous allons proposer pour tous ces kystes de la conjonctive à allures et sièges si différents.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les kystes de la conjonctive sont des affections assez fréquentes qui se présentent à nous sous des formes à peu près semblables, quant à leur aspect, mais qui, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue histologique, sont de nature très différentes, et à ce sujet les auteurs ne sont pas tous d'accord.

En effet, en parcourant tous les articles parus jusqu'à ce jour nous avons pu remarquer que les auteurs, en désaccord, n'avaient pas pu jusqu'à présent établir une classification unique de ces kystes et chacun, suivant ses observations, arrivait à des conclusions différentes qui lui permettaient une classification personnelle.

De Wecker (1), en effet, dans ses mémoires se base sur le siège et sur l'allure des kystes et les divise en trois catégories :

(Les numéros suivant les noms d'auteurs renvoient à l'Index Bibliographique.)

- 1° Une variété^s siégeant sur la conjonctive bulbaire ;
- 2° Une variété probablement congénitale siégeant sur le bord de la cornée ;
- 3° Une variété formant une masse transparente et dépendant de la dilatation des lymphatiques.

Panas (2), dans son traité sur les yeux, simplifie la classification et ne fait aucune distinction entre les kystes sous-conjonctivaux ; pour lui il n'existerait que deux sortes de kystes :

- 1° Les kystes à cysticerques ;
 - 2° Les kystes séreux simples ;
- et encore comme nous pourrons le voir, plus tard dans ses travaux, va-t-il douter des kystes séreux simples, en disant :
- « Il se peut que la petite vésicule d'un cysticerque
» échappe ou passe inaperçue lors de l'ouverture, ou bien
» encore qu'elle disparaisse par suppuration du kyste
» comme dans le cas de Mackensie signalé par Wharton
» Jones. »

Plus récemment, en se basant sur les travaux publiés par de nombreux auteurs et sur leurs observations personnelles, les auteurs sont à peu près tous d'accord pour décrire quatre sortes de kystes conjonctivaux, mais conservent tous leur originalité par quelques différences de détail.

Lagrange (3) divise les kystes en quatre catégories ;

- 1° Les kystes par inclusion ;
- 2° Les kystes glandulaires ;

3° Les kystes lymphatiques ;

4° Les kystes à entozoaires.

Morax (4) distingue :

1° Les kystes lymphatiques ;

2° Les kystes épithéliaux glandulaires ;

3° Les kystes épithéliaux par inclusion ;

4° Les kystes parasitaires.

Schoemisch (5) :

1° Les kystes lymphatiques ;

2° Les kystes épithéliaux glandulaires ;

3° Les kystes par inclusion ;

4° Les kystes à entozoaires ;

5° Les faux kystes par issue d'humeur aqueuse et de vitré.

Ces faux kystes de Schoemisch doivent naturellement être éliminés, n'ayant rien de commun avec une affection de la conjonctive.

Tous ces auteurs, d'accord sur les kystes à entozoaires et lymphatiques, ne le sont plus quand il s'agit des kystes par inclusion et des kystes glandulaires, et, dans leur classification aucun ne fait mention de ces kystes spontanés, paraît-il, qui sans traumatismes, ni lésions oculaires précédentes, siégeant en un point quelconque de la conjonctive, apparaissent chez des individus en pleine santé à des âges différents de la vie.

Les quelques auteurs qui en rapportent des cas les étudient et les rattachent tantôt aux kystes glandulaires, tan-

tôt aux kystes lymphatiques, quelques-uns même aux kystes par inclusion.

On voit donc par là qu'il est difficile de se faire une opinion sur ces kystes.

Récemment, pourtant, il a été signalé de ces kystes de la conjonctive qui permettent de se faire une opinion nouvelle de la question.

C'est ainsi que Villard (5), en 1909, rapporte dans les annales d'oculistique un cas de kyste qui, d'après lui, serait dû à une inclusion congénitale, mais il ne propose pas de classification.

En avril 1922, Duverger et Redslob (7) en ayant observé deux cas, en fournissent un rapport très détaillé, et propose une 5^e catégorie de kystes et ils donnent comme classification :

- 1° Kystes par inclusion ;
 - 2° Kystes à entozoaires ;
 - 3° Kystes glandulaires ;
 - 4° Kystes épithéliaux ;
 - 5° Kystes lymphatiques.
-

CHAPITRE II

Etude clinique et anatomique des différentes variétés de Kystes

Avant de signaler notre observation, il nous paraît utile de faire ici une étude rapide des variétés de kystes que l'on peut rencontrer.

En se basant pour ce faire sur la classification de Lagrange (3), admise par le plus grand nombre d'auteurs, nous avons vu que, pour lui, il existe quatre sortes de kystes :

- 1° Les kystes glandulaires ;
- 2° Les kystes lymphatiques ;
- 3° Les kystes par inclusion ;
- 4° Les kystes à entozoaires.

Cette division que nous conserverons jusqu'à présent, mais qui nous paraît un peu simple, étant donné les nombreuses variétés et sous-variétés de kystes, va nous permettre de les passer rapidement en vu, pour rendre en-

suite la discussion de notre observation plus rapide et plus utile.

1° **KYSTES GLANDULAIRES.** — Ce sont des formations kystiques produites au dépens des glandules de la conjonctive soit par oblitération du canalicule et isolement de la glandule, comme dans le cas rapporté par Rig. Posseck (8), qui signale un kyste provenant de l'oblitération d'un canalicule de Krause, par cicatrisation d'un petit abcès, soit par rupture du canalicule.

Dans les deux cas le résultat est le même, à savoir : isolement de la glande.

Les kystes formés vont à leur tour se diviser en sous-variétés, suivant qu'ils dépendent de telles ou telles glandes et chacun aura alors son siège électif.

Il nous faut donc faire un rapide exposé anatomique des glandes annexes de l'œil.

Les glandules annexes de l'œil sont au nombre de quatre :

- a) Les glandes de Krause ;
- b) Les glandes de Ciaccio ;
- c) Les glandes de Henle ;
- d) Les glandes de Manz.

a) *Les glandes de Krause*, qui sont des glandes lacrymales en grappes, sont au nombre de 15 à 20 dans la paupière supérieure, et 5 à 6 dans la paupière inférieure. Elles forment une série parallèle au cul de sac et sont situées principalement aux deux extrémités et surtout à l'extrémité externe. Ce sont des glandes acinotubuleuses

entourées du tissu de la couche profonde ou fibreuse du derme de la conjonctive.

b) Les glandes de Ciaccio, moins nombreuses mais analogues aux précédentes, sont plus volumineuses et siègent à la paupière supérieure à la partie moyenne du tarse. On les rencontre rarement à la paupière inférieure. Elles sont souvent intriquées par leurs lobules avec les acini des glandes de Meibomius. Ces glandes sont emprisonnées dans une coque fibreuse solide et résistante. Leur structure histologique est analogue à celle des glandes de Krause.

c) Les glandes tubuleuses de Henle. — Ces glandes admises par grand nombre d'anatomistes : Henle, Ciaccio, Reich, sont contestées par d'autres : Stieda, Sappey, Waldeyer, Terson, Morax qui les décrivent comme des replis de la muqueuse. Elles se trouvent dans la conjonctive qui tapisse la face postérieure des paupières près du bord convexe du tarse, ce sont des invaginations en doigt de gant de la conjonctive.

On y distingue deux couches de cellules :

1° L'une centrale à éléments cylindriques ;

2° L'autre périphérique, composée d'éléments plus ou moins arrondis à noyaux fortement colorés par les réactifs.

Au milieu de ces éléments on trouve des cellules catéciforme à mucus.

d) Glandes utriculaires de Manz. — Décrites chez les animaux par Manz, Stromeyer, et chez l'homme par Hen-

le, Ciaccio ; contestées dans notre espèce par Manz, Krausse et Blumberg, qui les considèrent comme une production liée au trachome.

Théodoroff (9) reprenant leur étude chez l'homme, en 1895, les place dans toute la conjonctive et principalement dans sa portion tarsienne.

A. Druault (10) les décrits chez le fœtus humain et les situe dans la partie interne du limbe.

Elles se composent extérieurement d'une membrane hyaline, sur laquelle repose un épithélium composé de deux couches de cellules :

a) Une périphérique formée de cellules polyédriques ou cubiques souvent aplaties ;

b) L'autre interne composée de cellules cylindriques plus hautes dans la cavité qu'à l'orifice de la glande. Entre ces cellules quelques cellules caliciformes.

Les kystes qui vont se former au dépens de ces glandes auront donc des sièges et des structures histologiques différentes suivant qu'ils proviennent de telles ou telles glandes.

Tous ces kystes seront indolores, et la plupart du temps passeront inaperçus ; ce n'est que lorsqu'ils deviendront apparents ou qu'ils prendront un certain volume qui les rendant gênant pour les mouvements soit des paupières, soit du globe oculaire, que le malade viendra consulter.

Les formations kystiques produites au dépens des glandes de Krausse ou de Ciaccio auront la même structure histologique.

Ces kystes, les plus nombreux des kystes glandulaires,

bien étudiés et mis en valeur par les travaux de : de Vincentiis (11), Antonelli (12), Favarelli (13) et Rampoldi (14), qui en rapportent de nombreux cas, se produiraient chez l'homme 7 fois sur 11, d'après Cabannes (15), leur grosseur variant de la tête d'une épingle à la taille d'une amande.

Ils seront des exagérations de la glande avec prolifération du tissu épithélial. Ce sera un épithélium plat, à une ou plusieurs assises de cellules souvent polymorphes. Le liquide contenu dans la glande sera de couleur plus ou moins clair, sans albumine, avec une forte proportion de chlorure de sodium ; parfois on pourra y trouver de petites formations calcaires : ce sont des dacryolites véritables calculs lacrymaux, décrits par les travaux de Desmarres (16) ; ces formations seraient, pour certains, des amas cellulaires très denses ; pour Fuchs (17), se serait des produits cryptogamiques formés par un mycelium actynomycosique. Cabannes (15) donne la composition des éléments figurés contenus dans le liquide kystique. On y compte d'après lui :

- 30 0/0 de cellules alvéolaires ;
- 29 0/0 de leucocytes polynuclés ;
- 18 0/0 de cellules polyédriques ;
- 10 0/0 de lymphocytes,

provenant des canaux excréteurs de la glande.

Les kystes formés au dépens des glandes de Henle et de Manz auront la même étiologie, mais leur structure histologique variera légèrement :

Pour les kystes provenant des glandes de Henle l'épi-

thélium sera constitué en grande partie de cellules cylindriques ;

Pour les kystes formés au dépens des glandes de Manz l'épithélium sera composé de cellules polyédriques et cubique.

2° KYSTES LYMPHATIQUES. — Décrits par Steudeneer (18), Irme (19), en 1875 ; Laskiewicz (20), en 1877 ; Hirschberg (21), et la thèse de Delacueuillerie (22) et les travaux de Panas (2), seraient plus fréquents chez l'homme pour Cabannes (15) qui en signalent 8 cas sur 12, avec siège électif sur le côté interne de la conjonctive dans la portion interne du cul-de-sac supérieur et inférieur ; ils ont la forme d'un ovoïde irrégulier de taille variable, et à ce sujet nous pouvons en distinguer trois variétés avec Lagrange (3) :

a) Une variété provenant de la dilatation des fins capillaires formant un réseau conjonctival dont les vaisseaux ont un diamètre de 2 à 3 millimètres. Ce sont des dilations monoliformes anastomosées, plutôt que des kystes véritables. A la ponction il sort un liquide en tout point analogue à la lymphe qui, du reste, se renouvelle incessamment lorsqu'ils ne sont pas isolés. Ce n'est d'ailleurs qu'à ce stade qu'ils deviennent de véritables kystes.

b) La deuxième variété est une exagération de la première ; les ampoules kystiques sont plus grosses, plus nettes ; elles se cloisonnent et forment alors de véritables kystes qui forment des saillies plus ou moins ovalaires, transparentes. A la ponction on trouve un liquide clair.

c) La troisième variété où les formations kystiques sont

beaucoup plus volumineuses, les kystes proviennent de la réunion de plusieurs kystes de la deuxième variété qui grossissent et se réunissent au voisin. Ils ont le volume d'une grosse amande et remplissent le cul-de-sac conjonctival qui est leur lieu d'élection.

On peut dans ce cas rencontrer un ou plusieurs kystes sessiles ou pédiculés à endothélium plat, à une seule couche de cellules ; cet endothélium n'est pas continu. Le liquide qu'ils contiennent renferme quelques leucocytes qui étaient des lymphocytes.

3° KYSTES PAR INCLUSION. — Tout autre est le tableau des kystes par invagination. Ces formations ont été étudiés par Arlt (23), Schön (24) Uhthoff (25) et Baudry (26).

Lagrange (3), dans son traité, les rattache uniquement au traumatisme ; ils proviendraient d'un débris d'épithélium invaginé dans la plaie. Leur formation est nettement établie par les observations rapportées.

Enrique Lopez (27), qui signale un kyste survenu douze ans après qu'un de ses malades eut reçu un coup de corne qui avait lésé les paupières et la conjonctive bulbaire, les deux bords de la plaie avaient adhérents et formés une cavité close de toutes parts, délimitée par un épithélium cornéen et conjonctival et distendue par des larmes. On notait dans ce cas une atrophie de la glande lacrymale.

Uhthoff (25) rapporte deux cas :

a) Un chez une femme de 20 ans, opérée de strabisme et qui, après trois semaines de guérison, se présente à lui

avec un kyste, dont les parois étaient formées de tissu fibreux tapissé intérieurement de cellules épithéliales ;

b) Un autre cas survenu chez un individu après un traumatisme, mais il ne donne pas d'examen histologique.

Mais il ne suffit pas toujours d'un traumatisme important, et parfois une simple érosion de la conjonctive, passant inaperçue pourra provoquer une formation kystique, comme dans les cas de trachome traités par brosse des paupières qui lèse la conjonctive boursoufflée et provoque des invaginations comme dans l'observation publiée en 1907 par Edward Datman (28).

Tous ces kystes provenant d'une inclusion de la conjonctive seront constitués par une membrane composée d'un épithélium pavimenteux stratifié à une seule assise de cellules, quelquefois, mais rarement, deux et même trois rangées de cellules, comme dans la conjonctive bulbaire avec quelques glandes à mucus. Uhthoff (25) rapporte un cas où il signale la présence de cils inclus dans le kyste.

Le liquide contenu sera un liquide séroalbumineux.

4° KYSTES A ENTOZOAIRE. — Les kystes à entozoaires sont dûs, pour la plupart, pour ne pas dire sont tous dûs, au cysticerque ; du moins, dans toutes les observations signalées à ce sujet, ne parle-t-on que du cysticerque. Mais c'est une localisation kystique assez rare.

Leur formation étiologique et histologique est la même que pour tous les autres kystes à cysticerque et ne méritent pas qu'on s'y arrête.

Ces kystes sont fixés à la sclérotique par un ou plusieurs trousseaux fibreux, leurs coques sont dûes à l'épaississement du tissu conjonctival, véritable travail de défense de l'organisme provoqué par l'irritation parasitaire.

Mackroki (29) signale pour ces kystes des parois atteignant $1^{\text{m}}/^{\text{m}} 1/2$ à $2^{\text{m}}/^{\text{m}}$ d'épaisseur. La première observation de ces kystes a été rapportée en 1838 par Baun et Siebold (30). Juda (31) rapporte un cas de cysticerque sous-conjonctival chez un enfant de 6 ans. Il y avait 4 petites tumeurs qui s'étaient développées en sept à huit semaines entre la caroncule et la cornée, à hauteur de l'insertion du muscles grand droit.

Walker (32) cite un enfant de 8 mois se présentant à lui avec une tumeur ronde et dure de la grosseur d'un gros pois au-dessous de l'insertion du droit externe. Cette tumeur était mobile sur la sclérotique et transparente au sommet ; la conjonctive sous-jacente est rouge et adhérente à la tumeur. Après incision de la conjonctive le kyste est dégagé et extrait en totalité avec son enveloppe. A son ouverture, il sort un liquide clair dans lequel on trouve des scolex.

Pour Panas (2) ces kystes seraient beaucoup plus nombreux qu'ils ne le sont en réalité et il se base sur l'observation de ces nombreux kystes à étiologie mal définie à cette époque, qu'on ne rattachait alors à aucune catégo-rie et lui, comme nous l'avons déjà vu, rapporterait presque tous ces cas de kystes au cysticerque, en disant que la vesicule passerait inaperçue lors de l'ouverture du kys-

te, ou bien que ce kyste évoluerait vers la suppuration qui empêcherait de se rendre compte de son contenu.

Mais les cas de kystes sous-conjonctivaux, dûs au cysticerque, sont très rares et il n'y en a encore que quelques cas de signalés, et entre autres nous pourrions citer les observations de Sgrosso, Manfredi (33).

La symptomatologie de ces kystes est très nette : ils évoluent lentement sans symptômes apparents, le malade ne s'en aperçoit pas, car ils sont indolores, ils ne peuvent être que gênants s'ils sont mal placés ou s'ils arrivent à prendre un volume exagéré, et les individus porteurs de ces kystes ne s'en plaignent qu'à l'occasion d'un léger traumatisme ou d'une affection concomittante de l'œil qui leur appelle l'attention et les poussent à examiner leur œil plus minutieusement. D'autres fois, ils se signalent eux-mêmes par le processus irritatif qui gagne la conjonctive ; il se produit alors une rougeur intense **de la conjonctive à ce niveau**, avec violente sensation de démangeaison.

Le kyste à cysticerque se présente sous forme d'une poche rénitente, tendue plutôt que fluctuante avec un point jaune central dû à l'implantation du scolex. Mais ce point jaune n'est pas un signe constant, l'implantation du scolex pouvant se faire sur un tout autre point.

Lorsque ces kystes prennent un certain volume, ils peuvent être une gêne importante pour la motilité du globe et des paupières et pourra même provoquer une **baisse de la vision** et devenir douloureux par compression du globe oculaire.

Ces kystes peuvent évoluer vers la suppuration, alors le tableau clinique change et tout se passe comme s'il s'agissait d'un abcès aigu avec tous les désordres qu'il peut entraîner.

CHAPITRE III

Etude pathogénique des variétés de Kystes

Dans cette étude des kystes nous avons pu voir que, si tous les auteurs sont à peu près d'accord à décrire quatre sortes de kystes, et à en donner une symptomatologie et une description histologique de leurs préparations, ils ne le sont plus lorsqu'ils s'agit de cataloguer un kyste se présentant à eux, surtout lorsqu'il s'agit de ces kystes à allure spontanée et qui se forment en un point quelconque de la conjonctive bulbaire sans lieu électif, et comme nous allons le voir par un exposé des observations publiées, chaque auteur lui attribuera une place quelconque dans la classification.

De Wecker (1), qui en rapporte trois cas, dit que c'est une production pathologique assez rare, sans doute parce qu'il en a classé certains parmi les kystes à inclusions. Mais, des trois cas qu'il rapporte, on ne peut rien discuter, ni retenir puisque l'auteur ne donne aucun renseignement histologique, ni faits précis de la pièce kystique.

Romboletti (34) rapporte plusieurs cas, mais ne voit encore, en se basant sur ses observations, aucune histogénèse à retenir quant à leur formation.

Pour Rogman (35), en 1895, qui signale une observation et fait un compte rendu histologique très complet et très approfondi de la pièce ; ce serait une formation kystique beaucoup moins rare qu'on ne le croit et leur rareté ne serait qu'apparente, étant donné leur bénignité et le peu d'importance de ces affections qui apparaissent sous formes de petits phlyctènes arrondies sous la conjonctive bulbaire en un point quelconque, mais de préférence dans le champ de la fente palpébrale de l'œil ouvert.

Elles sont rosées, demi-transparentes, leur siège paraît superficiel et ne fait pas corps avec la muqueuse conjonctivale sous laquelle il se déplace facilement à la palpation ; jamais on ne note de phénomènes irritatifs et à l'opération on extrait très facilement le kyste qui se trouve entouré de tissu sain ; la conjonctive est suturée et la guérison est normale.

L'examen histologique du cas précédent publié par Rogman (35) nous apprend que la membrane d'enveloppe était formée de deux couches :

1° Une membrane élastique ;

2° Un épithélium stratifié qui par endroit à deux, trois et même huit à dix couches de cellules.

Puis il décrit cet épithélium et il constate que, formé de cellules pavimenteuses cuboïdes dans les couches périphériques, il se compose de cellules cylindriques dans

les couches superficielles. Les noyaux des cellules sont très colorés et leur protoplasma est très dense, il signale de plus la présence dans cet épithélium de cellules arrondies à diamètre très variable, parfois très volumineux et faisant saillies, avec le noyau repoussé à la périphérie par un dépôt granuleux, quelquefois par un coagulum fibrineux ou par une matière amorphe ce qui ferait penser, comme description, aux cellules à mucus.

Se basant sur cet examen, l'auteur rejette l'hypothèse de kystes lymphatiques et de kystes glandulaires, puisque, dit-il, il ne peut exister de comparaisons histologiques ; il élimine l'idée de kystes traumatiques puisque le malade nie tout traumatisme de la région oculaire et il arrive à conclure à une formation au dépens de la conjonctive, par l'isolement et l'étranglement de certains replis, sinuosités ou cryptes de la muqueuse conjonctivale qui se pédiculise et se sépare pour former le kyste.

Mais quelques années plus tard, en 1898, il va rapporter un cas nouveau de kyste séreux par invagination et va se rattacher à l'opinion de Ginsberg (36) pour confirmer son observation précédente, mais cette fois il expliquera cette invagination, qu'il admettait, sans l'argumenter, quelques années avant, en disant « qu'un petit traumatisme ou une irritation légère passant inaperçue provoquera cette invagination qui va former le kyste. Puis il expliquera la formation de ces kystes par dilatation glandulaires dans des glandes néoformées par un processus irritatif et cela sans s'appuyer sur des faits histologiques définis.

A la société d'ophtalmologie et de laryngologie de Bordeaux, Puech et Fromaget (37) rapporte le cas suivant : Une femme ayant eu un tœnia et guérie depuis, se présente à eux avec un kyste à paroi transparente dans le cul-de-sac conjonctival inférieur. La paroi du kyste formé en dehors par du tissu conjonctival, est composée en dedans par quatre ou cinq couches de cellules polygonales assez volumineuses qui se colorent facilement. Ils concluent en disant qu'il s'agit d'un kyste congénital dermoïde résultant d'une inclusion conjonctivale à ce niveau, mais ne donnent aucune explication au mécanisme de l'inclusion.

Gilbert Sourdille (38), en 1898, rapporte un cas de kyste congénital opéré. L'examen histologique donne trois couches de cellules.

1° Une couche interne formée par un endothélium de cellules aplaties et minces ;

2° Une couche de tissu homogène, formé de faisceaux fibreux rectilignes et parallèles, avec parfois des cellules conjonctives aplaties ;

3° En dehors, du tissu conjonctif fibrillaire avec des vaisseaux capillaires.

Le liquide contenu renfermait une forte quantité d'albumine.

Il compare ces kystes comme formation aux kystes du cou et de l'aisselle « qu'on peut, d'après les travaux de » Wagner, Lannelongue et Achard, classer parmi les » lymphangiomes kystiques étant donné leur structure » analogue. »

Snellen et Butsch (39) publie, en 1898, une observation en tout point analogue aux cas signalés par Sourdille.

Ginsberg (36)) dans les archives ophtalmologiques de von Graefe, étudiant de nombreux cas rapportés par les auteurs italiens, qui voient dans ces formations kystiques des rétentions formées au dépens des glandes de Krausse, objecte à ceux-ci que le plus souvent ces kystes se développent sous la conjonctive en des endroits dépourvus de ces glandes et sans vouloir nier cette pathogénie, qui ne peut être niée dans certains cas, il croit pouvoir affirmer par un examen histologique approfondi de plusieurs cas de même nature, que ces kystes se sont développés d'après le même processus que les glandes tuberculeuses que Berlin et Ivanoff ont décrites dans les conjonctivites granuleuses, c'est-à-dire dans des conjonctives malades où l'épithélium proliférerait et envierait vers la profondeur des prolongements creux ou solides et qui, dans ce dernier cas, se creuseraient par la suite, d'où formation de kystes séreux.

En 1901, Carra et Valois (40) rapportent le cas d'un kyste sous-conjonctival. Il s'agissait d'une petite tumeur située dans l'angle interne et dirigée selon le grand diamètre du globe et à égale distance de l'angle interne et du limbe scléro-cornéen et mobile sous la conjonctive bulbaire. D'après l'examen histologique, il ne s'agit pas d'un cystoadénome provenant des glandes de Krausse, dites caronculaires, mais bien d'un kyste hématique par inclusion d'un lambeau conjonctival après érosion ou blessure, affirmation qui n'est confirmée ni par l'obser-

vation, qui ne rapporte ni traumatismes ni lésions oculaires préexistantes, et par aucune analyse du contenu kystique.

Rig. Posseck (8), en 1903, rapporte un cas qui paraît confirmer l'opinion de Rogman, c'est un kyste qui, pour lui, ne serait en réalité qu'une dilatation d'un repli très serré de la conjonctive.

Obarrio (41), en 1905, cite un cas de kyste de la conjonctive avec infiltration tuberculeuse secondaire. C'était une tumeur placée dans l'angle externe de l'œil gauche se continuant vers le cul-de-sac supérieur et inférieur et aplatie vers la commissure externe, jusqu'à se confondre avec la conjonctive. Cette tumeur empiétait sur la cornée sans lui adhérer. La paroi lisse et transparente était sillonnée de vaisseaux. A la coupe on voyait :

1° La muqueuse ou zone limitante avec plusieurs glandes et de nombreuses cellules arrondies en division très active ;

2° Une deuxième couche formée par un tissu cellulograisieux avec quelques fibres musculaires et au milieu un petit kyste secondaire entouré de cellules géantes en forme de chaîne continue tout autour de l'enveloppe kystique ;

3° Une troisième zone constituée par des éléments cellulaires placés sans orientation et en pleine formation.

Il conclut alors à un véritable tuberculome avec troubles inflammatoires et irritatifs bulbaire.

Nous avons vu que Villard (6), en 1909, rapportait un cas de kyste qu'après examen histologique il rattache à

un développement d'inclusion embryonnaire d'un bourgeon épithélial bulbaire qui se développerait très lentement et même pourrait rester latent de très longues années, et il explique la présence d'albumine dans le kyste par la desquamation et la transformation des cellules épithéliales et des leucocytes.

Plus récemment, dans un article publié en avril 1922, Duverger et Redslob (7) rapportent deux cas de kystes développés chez deux jeunes femmes de 20 ans.

A l'examen, l'état oculaire de ces deux femmes est absolument le même : elles se présentent à eux n'ayant jamais rien eu aux yeux avant les six mois précédents ; à cette époque l'œil était devenu rouge et serait resté sensible pendant une quinzaine de jours ; depuis tous les phénomènes ont disparus et il persiste seul une sensation de corps étranger ; mais sur la conjonctive bulbaire, en dedans de la cornée, à 2^m/_m du limbe, on voit un nid de petits kystes transparents. Les deux malades furent opérées et le surlendemain il ne restait plus traces de kystes, et la sensation de gêne avait disparu.

A l'examen histologique de la pièce, l'étude des coupes a permis de constater les parties constituantes du kyste :

1° Un épithélium ;

2° Un derme.

1° Le revêtement épithélial est stratifié pavimenteux, formé d'une couche basale tantôt cubique, tantôt cylindrique, sur laquelle viennent s'étager en moyenne 5 à 10 assises de cellules polyédriques ou plates.

2° Le derme se divise en 2 couches :

a) L'une superficielle plus dense et adjacente à la couche basale de l'épithélium ;

b) L'autre profonde et formée de tissu conjonctif lache. Cette couche est encombrée de formations épithéliales qui sont ou bien des bourgeons de cellules épithéliales d'aspect sphérique ou lobulaire, ou bien des invaginations épithéliales creuses.

Les bourgeons pleins sont constitués par un nombre variables de cellules épithéliales dont le centre est formé d'un amas de cellules à mucus, qui sécrétant, vont former le kyste.

Les formations kystiques plus nombreuses avec des couches épithéliales de structure identique à celle de la conjonctive. Certains kystes sont complètement séparés de la couche épithéliale du revêtement, d'autres par contre y sont attachés par des cordons épithéliaux.

Les coupes faites en série par les auteurs ne montrent, en aucun point, d'ébauches glandulaires néoformées intermédiaires, entre le kyste et l'épithélium conjonctival. Il s'agit d'un amas de kystes épithéliaux développés dans l'épaisseur du derme conjonctival lui-même, et ils assistent à l'invagination d'un bourgeon épithélial qu'il compare comme processus au développement que l'on retrouve dans la morphogenèse de certains organes embryonnaires (développement du cristallin, par exemple) et ils concluent en disant : « Ce qui curieux, c'est que » ce processus embryonnaire se produit dans un tissu » adulte, c'est-à-dire dans un revêtement épithélial nor-

» mal et bien différencié et que ce processus est probablement déclanché par une irritation inflammatoire. »

★★

D'après tous les travaux publiés jusqu'à ce jour, et par les observations fournies par les différents auteurs qui ont étudié la question, nous pouvons remarquer que les conclusions sont aussi nombreuses que variées.

Pour certains, et entre autres Rogman (35) et Rig. Posseck (8), ces kystes seraient dûs à la pédiculisation, puis à l'isolement des cryptes ou sinuosités de la conjonctive, et Rogman va jusqu'à admettre la formation de glandes néoformées dans les processus irritatifs de la conjonctive ; c'est une hypothèse tout à fait personnelle et qui ne saurait être retenue, car la description histologique qu'il donne lui-même en publiant son observation, ne permet pas de conclure à la présence d'une glande même néoformée, on peut tout au plus admettre, d'après sa description d'avoir à faire à un kyste épithélial de nature conjonctivale, et avec lui nous pourrions dire que c'est par étranglement d'une crypte formée par œdème de la conjonctive, œdème provoqué par une affection conjonctivale, mais alors il s'agit d'un kyste par inclusion d'un lambeau conjonctival comme le signale du reste Edward Datman (28) dans son observation, en disant la fréquence relative des formations Kystique par brossage de la conjonctive boursoufflée par le trachome, le brossage blesse la conjonctive sensible et provoque la formation d'inclusion.

D'après le cas rapporté par Uhthoff (25), et suivant ses conclusions, c'est par greffe de l'épithélium conjonctival dans le derme que se produirait le kyste, et pour cela il est obligé d'admettre le traumatisme.

C'est encore par traumatisme léger et même par érosion de la conjonctive, érosion légère il est vrai, que Carra et Valois (40) tranche la question.

Tandis que Ginsberg (36) reproche aux auteurs italiens de voir dans ces formations kystiques, des kystes par rétention formés au dépens des glandes de Krausse, à quoi il objecte que le plus souvent ces kystes se développent à des endroits dépourvus de glandes, lui explique la formation de ces kystes, d'après le même processus que les glandes tuberculeuses décrites dans la conjonctivite granuleuse, c'est-à-dire que la conjonctive, irritée par la maladie, proliférerait et pousserait des prolongements dans la profondeur, qui irait former des kystes.

C'est aussi l'opinion de Balaban (42) qui en publie une observation, et le travail récent de Duverger et Redslob (7) laisse voir la même conclusion, car tout en niant l'irritation préalable, il dit dans son observation que six mois avant l'œil était rouge et sensible et que le malade éprouvait une impression de gêne avec sensation de corps étrangers, et bien qu'un examen minutieux de la conjonctive ait été fait à la loupe, sans révéler la présence de corps étrangers, il signale à l'examen microscopique de la pièce au niveau de la surface conjonctivale « deux » petites encoches qui se creusent dans les couches épithéliales de la surface sans atteindre la couche basale et » l'une de ces encoches est de forme circulaire et renfer-

» me un corps noir filamenteux. » Ils n'expliquent pas la présence de ces encoches et de son contenu et concluent au bourgeonnement épithélial de la conjonctive suivant un processus embryonnaire déclenché par une irritation inflammatoire. N'y aurait-il pas lieu de penser plutôt à une érosion légère de la conjonctive confirmée par la présence de ces encoches et par la douleur concomittante et de voir dans cette prolifération épithéliale un travail de défense de la muqueuse, avec prolifération des tissus comme le montrent les coupes parues dans son article qui laissent voir un très fort épaissement de la surface externe de la conjonctive à prolongements épithéliaux vers l'intérieur.

De plus, nous avons signalé dans l'exposé anatomique des glandules de l'œil que A. Druault (10) signalait, en fournissant des coupes histologiques à l'appui, des glandes de Manz chez l'embryon humain et qu'il situe près du limbe.

Or, Duverger et Redslob, dans leur observation, publient des clichés qui sont des exagérations du cliché histologiquement normal fourni par Druault et les tumeurs kystiques occupent la place des glandes de Manz de l'embryon. Comme le liquide kystique en trop petite quantité n'a pas permis d'en faire une analyse chimique, n'y aurait-il pas lieu de supposer, vu l'analogie des clichés et leur situation identique, à une exagération des glandes de Manz embryonnaires ayant persistées chez l'adulte, comme le fait n'est pas rare, et provoquée par une irritation conjonctivale signalée par les rapporteurs eux-mêmes. Resterait alors l'opinion de Villard qui, en 1909,

dans son observation conclu à un enclavement embryonnaire d'une ou plusieurs cellules épithéliales à développement tardif.

C'est, à notre avis, la solution la plus séduisante, comme nous allons le voir par l'examen de notre malade.

CHAPITRE IV

Observation de notre Malade

Il s'agit d'un homme de 45 ans qui vient consulter pour une tumeur faisant saillie sous la paupière supérieure gauche.

Cet homme, interrogé très minutieusement, nie tout traumatisme, même léger, et toute affection oculaire, même de son jeune âge.

Il ne peut préciser la date d'apparition de sa tumeur qu'il n'a aperçue que parce qu'elle devenait gênante. En effet, cette tumeur augmente progressivement de volume déjà depuis quatre ou cinq ans.

Il ne souffre pas mais vient consulter parce que cette tumeur commence à le gêner et à l'inquiéter.

En luxant la paupière supérieure et en faisant regarder le malade en bas on fait saillir une tumeur de la grosseur et de la forme d'une grosse amande qui est allongée horizontalement dans le cul-de-sac supérieur avec sa grosse extrémité en dedans.

Cette tumeur est transparente, de coloration bleuâtre et rennissante. Elle est divisée en deux lobes par des brides, mais elle est mobile sur la sclérotique.

Le malade est gêné, mais le globe oculaire n'est dévié dans aucune direction, ni repoussé.

Pas de limitation des mouvements d'excursion du globe.

La conjonctive est saine et on ne relève aucune rougeur ni altération en aucun point, sauf au niveau de la tumeur où la conjonctive est tendue et transparente mais sans rougeur. Quelques vaisseaux dilatés la parcourent.

Rien à l'iris.

La pupille est normale et réagit bien.

La vision est normale et égale à 1 sans verre correcteur.

Le malade est opéré, et après ponction du kyste pour nous permettre l'examen chimique et cytologique du liquide, la poche est disséquée très facilement et tous les tissus environnants paraissant sains et normaux, on referme la plaie conjonctivale par deux points de suture.

Quatre jours après, ablation des fils.

Le malade est guéri et, revu dans la suite, ne présente pas de récidence.

Le liquide retiré par ponctions du kyste et étudié, tant au point de vue cytologique qu'au point de vue histologique, nous a fourni par des préparations appropriées :

1° De nombreux polynucléaires très altérés ;

2° Un petit nombre d'hématies en voie d'hémolyse.

L'analyse chimique nous montre un liquide légèrement alcalin, mais dans lequel il se trouve une grande quantité d'albumine avec un peu de chlorure de sodium, et dans lequel existait des traces très faibles de cholestérine. Nous regrettons de ne pas avoir pu faire un examen chimique plus complet, mais la quantité de liquide ne nous le permettait pas. Dans les coupes pratiquées sur la conjonctive enlevée on voyait une muqueuse conjonctivale saine. (Fig. I.)

Dans le tissu cellulaire lâche sous-jacent, on découvre une grande cavité kystique tapissée par un revêtement



FIG. I. — Vue du Kyste à faible grossissement.

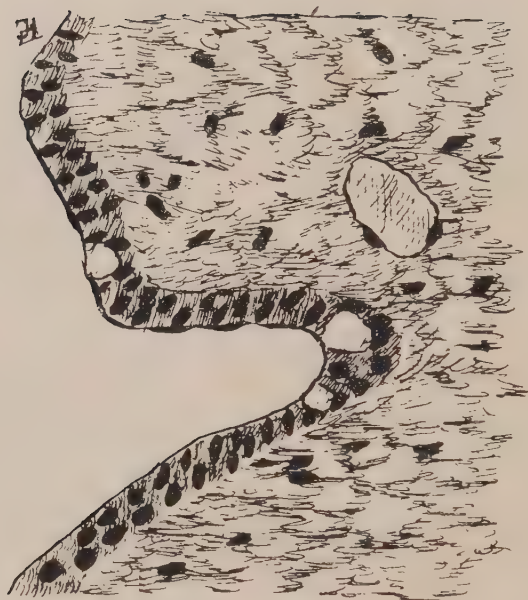


FIG. II. — Vue du Kyste montrant les détails de structure de l'enveloppe.

épithélial cubique, disposé sur une ou quelquefois deux couches ; quelques-unes de ces cellules sont manifestement mucipares, leur protoplasma étant refoulé par une gouttelette de mucus. Sur quelques points, la surface interne du protoplasma épithélial présente une mince bordure condensée, sorte de plateau bien distinct. (Fg. II.)

Au-dessous de la couche épithéliale, le tissu conjonctif offre une condensation variable suivant les points : dans la partie profonde tout se borne, le plus souvent à la présence de quelques fibres collagènes, un peu plus serrées que dans le voisinage, mais dans la partie superficielle du kyste, qui répond à la couche profonde de la muqueuse, le tissu conjonctif s'est densifié, est devenu fibroïde, hyalin même par endroit, en même temps que les épithéliums cubiques s'applatissaient.

Non loin du grand kyste en question, on trouve un second petit kyste avec structure épithéliale identique.

Donc, pour résumer notre observation, il s'agit d'un kyste épithélial simple sous-jacent à la muqueuse conjonctivale.

★★

En examinant et en comparant l'observation de notre malade, avec l'examen histologique de la pièce, et l'analyse chimique de son contenu, nous voyons qu'il est impossible de rattacher notre kyste aux kystes lymphatiques, d'abord à cause de la dissemblance histologique des parois et de plus parce que le liquide contenu n'a rien de commun avec la lymphe. Ce ne peut être non plus un kyste glandulaire, à cause de sa situation bulbaire à un

endroit où on ne rencontre pas de glande et parce que la coupe et l'examen chimique permettent d'éliminer à coup sûr cette hypothèse.

Quant au kyste par cysticerque il s'élimine de lui-même.

Resterait alors le kyste par inclusion à la suite d'une érosion légère, mais il faut se rappeler que le malade nie tout espèce de traumatisme ou irritation oculaire, de plus le kyste est situé à la partie toute supérieure du cul-de-sac supérieur, par conséquent à un endroit qui n'est jamais à découvert, et où normalement il n'a pas pu se produire de blessure directe, ni d'érosion indirecte, car le malade s'en serait plaint, prévenu qu'il l'aurait été par la douleur et la gêne provoquée par l'irritation conjonctivale consécutive à la blessure.

Reste alors en présence les deux opinions, celle de Duverger (7) et celle de Villard (6).

Mais nous avons vu, dans un chapitre précédent, que Duverger signalait comme cause de ces kystes une invagination de la conjonctive à processus embryonnaire, et pour expliquer cette invagination il est lui-même obligé de faire intervenir un processus irritatif ; mais alors, comment expliquer la formation de ces kystes chez des individus n'ayant jamais eu de conjonctive hyperémie, et pourquoi ne pas admettre un processus de défense de la conjonctive lésée ou irritée ou, plus simplement encore, de voir dans le cas qu'il nous signale une dilatation avec formation kystique produite au dépens d'une glande de Manz, signalée comme nous l'avons vu par Druault (10) chez l'embryon et qui aurait persisté chez l'adulte.

Et alors pourquoi ne pas admettre l'idée si simple de la présence d'une ou plusieurs cellules épithéliales incluses au moment de la formation de la conjonctive et qui, comme toutes les inclusions de ce genre, à quelque point qu'elles se trouvent, pourra se développer lentement et progressivement pour n'être visible et décelable par sa taille et la gêne qu'elle provoquera, qu'à un âge assez avancé de la vie, ou bien cet enclavement restera latent pour se développer sous le coup de fouet d'un état général particulier de l'individu.

Du reste, Villard (6), dans son observation, conclu à un développement d'inclusion embryonnaire d'un bourgeon épithélial de la conjonctive bulbaire et il répond aux deux objections qu'on pourrait lui faire : à savoir que le kyste est tardif et que le liquide est albumineux.

A la première il répond : kyste latent.

A la seconde, il dit que l'albumine est formée, non par la sécrétion épithéliale, mais par une transformation des cellules épithéliales desquamées et par des leucocytes ayant pénétrés dans la cavité kystique. Mais il ne prouve pas, il ne fait que supposer.

Tandis que dans notre observation tout nous pousse à cette conclusion :

L'examen histologique nous permet d'affirmer que la paroi du kyste est formée d'un revêtement épithélial cubique de une ou même deux ou trois assises de cellules, avec parfois des cellules mucipares, épithélium en tout point semblable à la structure histologique de la conjonctive normale, c'est donc un kyste épithélial sans au-

cun doute, et c'est un kyste provenant d'une inclusion embryonnaire de la conjonctive.

Et, si nous examinons le liquide, nous voyons qu'il est alcalin, très peu salé, mais qu'il est riche en albumine et qu'il contient des traces de cholestérine ; mais si nous nous rappelons de l'examen des éléments figurés contenus dans ce liquide kystique, on sait qu'il nous a fourni : leucocytes polymucléaires très altérés et hématies en voie d'hémolyse ; il est donc très simple d'expliquer la présence d'albumine et de cholestérine par la destruction au sein du liquide kystique, fournit par les cellules sécrétantes, des globules rouges et des leucocytes.

Et alors, nous basant sur les travaux récents faits sur les tumeurs, tant bénignes que malignes, qui donnent comme origine de ces tumeurs un germe congénital embryonnaire, de même que la formation des kystes dermoïdes de la queue du sourcil qui dérivent d'une inclusion totale embryonnaire de l'épithélium cutanée avec ses annexes, qui se développera quelquefois très tardivement, on voit qu'il y aura analogie et nous pourrions affirmer que pour former ces kystes épithéliaux simples, il faudra un germe épithélial embryonnaire.

Il nous faudra alors entrevoir une cinquième catégorie de kystes qui seront les kystes épithéliaux d'origine embryonnaire.

Conclusions

1° L'analyse histologique et chimique du cas que nous avons observé de kyste de la conjonctive, aussi bien que l'étude des observations et des travaux des auteurs, nous permet d'arriver à une conclusion un peu différente pour la division pathogénique de ces kystes.

2° D'après notre observation rapprochée de celle de Villard, nous pensons que ces kystes à allure spontanée, dont l'origine est si contestée par certains auteurs sont des kystes épithéliaux d'origine embryonnaire, mais à développement tardif.

La rareté, toute relative, de ces kystes explique les difficultés des conclusions histologiques des auteurs.

3° D'après l'étude qui précède nous pensons qu'on pourrait diviser les kystes de la conjonctive en cinq catégories :

1° Kystes lymphatiques ;

2° Kystes glandulaires ;

3° Kystes par inclusion épithéliales d'origine traumatique ;

4° Kystes épithéliaux d'origine embryonnaire ;

5° Kystes à entozoaires.

Vu : Le Doyen,

Vu : Le Président de thèse :

ROGER.

DE LAPERSONE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- (1) DE WECKER. — Traité complet d'ophtalmologie, T. I, p. 424.
- (2) PANAS. — Traité des maladies des yeux, T. II, p. 267, 278, 280.
- (3) LAGRANGE. — Encyclopédie française d'ophtalmologie, 1906, T. 5, p. 1115. — Tumeurs de l'œil, G. Steinheil, 1901, T. I.
- (4) MORAX. — Pathologie oculaire, Félix Alcan, 1921. — Société d'ophtalmologie de Paris, 1906. — *Annales d'oculistique*, 1906, p. 479.
- (5) SCHÖEMISCH. — *Arch. f. ophtalmologie*, X. — Hand buch d. ges. Augenheilkunde, 2^e éd., vol. V., p. 638.
- (6) VILLARD. — *Annales d'oculistique*, 1909.
- (7) DUVERGER ET REDSLOB. — *Archives d'ophtalmologie*, avril 1922.
- (8) RIG. POSSECK. — *Zeitschrift für Augenheilkunde*, 1903.
- (9) THEODOROFF. — Cité par Druault.
- (10) A. DRUAULT, in. Poirrier, Traité d'anatomie, T. V.
- (11) DE VINCENTIIS. — *Ann. di Ottalm.*, 1890. — Cong. Assoc. Ottalm. Italia, Nap., septembre 1888.
- (12) ANTONELLI. — Cisti sotto congiuntivali aventi origine della grandole acino tubulari. — *Annali di Ottalm.*, XIX, 1890-1891.
- (13) FAVARELLI. — Una forma rara di tumor cistico congenito della congiuntiva. — *Ann. di Ottalm.*, an. XVII, p. 125, année 1888. — *Annal. di Ottalm.*, 1880.

- (4) RAMPOLDI. — *Annal. di Ottalmologia*, 1888. — *Annal. di Ottalmologia*, 1880.
- (15) CABANES. — *Annales d'oculistique*, T. CXL, 1908.
- (16) DESMARRES. — *Traité des maladies des yeux*, II, p. 202, I, p. 558.
- (17) FUCHS. — *Archiv. de Gracfe*, 1898, Tome XLVI, p. 103. — *Annales d'oculistique*, 1898, T. 120.
- (18) STENDENEER. — *Arch. de Wirchow*, 1874.
- (19) IRME. — *Wiener medical Woch.*, 1876.
- (20) LASKIEWICZ. — *Jahresb. f. opht.*, 1877.
- (21) HIRCSHBERG. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicale*, t. VIII, p. 22. — *Klinische Beslachtungen*, Berlin, 1874. — *Zehender Kli. Monatsbl.*, 1868.
- (22) DELACUEUILLERIE. — *Des kystes séreux de la conjonctive humaine*. — *Thèse de Paris*, 1892.
- (23) ARLT. — *Die Krankheinten des Augens*, T. I, p. 169.
- (24) SCHÖN. — *Pathol. anat. des Augens*, 1829, s. 166.
- (25) UNTHOFF. — Cité par Lagrange. — *Berl. Klin. Vochenschrifft*, 1878, s. 729 et 1879, p. 789. — Cité par Cabannes, in. *Annales oculistiques*, 1908.
- (26) BAUDRY. — *Deux cas de tumeurs bénignes de la conjonctive*. — *Bulletin médical du Nord*, 1882.
- (27) ENRIQUE LOPEZ. — *Kyste par rétention de la conjonctive d'origine traumatique*. — *Archives of Ophtalmology*, t. XXI, n° 2, avril 1892.
- (28) ED. DATMAN. — *Archives d'ophtalmologie*, 1907.
- (29) MACKROKI. — *Ein. Fall von Conjunctiva cyste*. — *Klin. monatobl. f. Augenh.*, au. 1883, XVI, p. 466.
- (30) BAUN ET SIEBOLD. — *Ammons. Monaschr.* — *Annales d'oculistique*, t. II, p. 69, 1839.
- (31) INDA. — *Rapport à la Société néerlandaise ophtalmologique*, 27 mai 1894.
- (32) WALKER. — *Cysticerque de la conj.* — *Trans. opht. Soc.*, XVI, p. 47.

- (33) MANFREDI. — Un caso di cisticerco sotto congiuntivale id. anatazioni istologiche sulla relava cisti aventizzia, Torino 1884. — *Rivista Clinica*, 1870, p. 35.
- (34) ROMBOLLETI. — Contribution clinique et anatomique aux kystes simples séreux. — *Archivio di Ottalmologia*, an. II, vol. II, fasc. 9-10. — Etude clinique et anatomique des kystes séreux ou simples. — *Annales d'oculistique*, T. CXIII et CXIV, 1895. — *Archv. f. Aug.* Bd. XXXI, s. 10.
- (35) ROGMAN. — *Archives d'ophtalmologie*, 1895, vol. XV, p. 502. — *Annales d'oculistique*, ann. 1897, p. 177. — *Arch. ophtalmologie*, août 1898, p. 514.
- (36) GINSBERG. — *Archives ophtalmologiques de von Graefe*, 1897, T. 44, f. 1. — *Annales d'oculistique*, 1897, T. 118, p. 439.
- (37) PUECH ET FROMAGET. — Rapport à la Société ophtalmologique et laryngologique de Bordeaux, en 1896.
- (38) GILB. SOURDILLE. — *Archives d'ophtalmologie*, nov. 1898.
- (39) SUEILEN ET BUTSCH. — *Britisch medical Journal*, juillet 1898.
- (40) CARRA ET VALOIS. — *Archives d'ophtalmologie*, 1901.
- (41) OBARRIO. — *Annales de oftalmologia*, T. VI, 1^{er} semestre 1905.
- (42) BALABAN. — Uber Cystenbildung an. d. Conjunctiva. — *Archiv. für Augenheilk.*, vol. 43, p. 167.
- VOSSIUS. — Kyste de la conjonctive palpébrale, Rapport à la Société ophtalmologique de Heidelberg, 6 août 1896. — *Annales d'oculistique*, 1896, p. 116-197.
- MOYNE. — Cistico della Congiuntiva, 1884, *Bolletino VI*, p. 178.
- STORY. — Congiuntival cyst. — *Roy, acad. of. med. m. Ireland*, nov. 1889.
- MOAURO. — *Annal. di Ottalm.*, 1890, p. 467.
- MACKENZIE. — *Traité pratique des maladies de l'œil*, T. I, p. 363.

- SEITZ. — Handbuch d. ges. Augenh., 1869, s. 90.
- GRAEFFE. — Handbuch d. ges. Augenheit Kunde. Bd. IV, s. 149. — *Arch. of. ophthalm.*, Bd. III.
- ZIEGLER. — Traité d'anatomie pathologique.
- STHOR. — Lehrbuch des Hiltologie, Iéna, 1892.
- HACHE. — Note sur un kyste de la conjonctive bulbaire.
- ACKERMANN. — *Archiv. für Augenheilkunde*, vol. XLVI.
- COSMETTATOS. — Des kystes épithéliaux de la conjonctive. — *Archives d'ophthalmologie*, 1907, vol. XXVII, p. 236.
- SICHEL. — *Archives de méd.*, 1846. — *Journal de chirurgie de Malgaigne*, 1843.
- LAQUEUR. — *Klin. Monat.*, 1877.
- URMETZER. — *Arch. de Graefe*, juillet 1908. — *Annales d'oculistique*, 1909, vol. 142, p. 71, Sur la migration de l'épithélium et le développement des kystes épithéliaux dans l'œil.
- ISCHREYT. — *Archiv. für Augenheil Kunde*, 1897, T. XXXV. — *Annales d'oculistique*, 1902, T. 127, p. 69. — *Klinische monats, für Angenh.*, 1904, p. 132. — *Annales d'oculistique*, 1904, T. 132. — *Deutschmann's Beitr. zur Angenh.*, 1902, p. 580. — Rectification au travail de Cirincione. — Les kystes congénitaux, Cirincione, p. 623.
- DUBOIS DE LAVIGERIE. — Société d'ophtalmologie de Paris, mai 1900. — *Annales d'oculistique*, 1900, T. 123.
- GINSBURG. — *Wiestnik d'opt.*, 1905, p. 395. — *Annales d'oculistique*, 1905, T. 134 : Kyste épithélial glandulaire du repli semi-lunaire.
- LANNELONGUE ET ACHARD. — Traité des kystes congénitaux, Paris 1886.
- A. GABRIÉLIDÈS. — Des conjonctivites. — Constantinople, 1921.
- CIRINCIONE. — Les kystes de la conjonctive. — *Deutschmanns. Beitrage. Zur Augenhk.*, 1903, vol. 55.

- KLEIN. — Thèse de Giessen 1903. — Über Cysten und cystenartige Bildungen der Conjunctiva.
- POSSEK. — Über Cysten u. cystenartige Bildungen d. Conj. Zeitschr. f. Augenheilk., vol. IX, p. 451.
- VERMES. — Über Cysten der Conjunctiva bulbi. — Zeitschr. f. Augenheilk., 1906, vol. XVI, p. 64.
- BISTIS. — Über ein Cyste der Conj. bulbi. — *Archives für Augenh.*, LXX, p. 283.
-

Limoges, Imp. Commerciale]Perrette
